Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
3608523-1049410-PZO

Uw brief
-

Bijlage(n)
-

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 23 juni 2023
Betreft Toegankelijkheid zorg

Geachte voorzitter,

De toegankelijkheid van zorg in Nederland staat onder druk. Door personeelsschaarste maar bijvoorbeeld ook door de achterstanden die zijn opgelopen tijdens de COVID-pandemie. Het (zorg)veld vraagt de overheid om regie te pakken. Ook in uw Kamer en in de media is veel aandacht voor het vraagstuk van toegankelijkheid. En terecht, de zorg moet voor iedereen die zorg nodig heeft, toegankelijk en van goede kwaliteit zijn. In samenwerking met het (zorg)veld worden veel verschillende inspanningen verricht om de toegang tot zorg te borgen, nu en in de toekomst.

In deze brief ga ik, mede namens de minister voor Langdurige Zorg en Sport (LZS), in op de inspanningen die gericht zijn op het toegankelijk houden van de zorg. De inspanningen richten zich zowel op de toegankelijkheid van zorg op de (middel)lange termijn, als in het hier en nu. Achtereenvolgens ga ik in op de verschillende bestuurlijke akkoorden, enkele specifieke trajecten gericht op het toegankelijkheid houden van zorg in het hier en nu en, tot slot, wat er aanvullend generiek gedaan wordt en nog nodig is om met situaties van schaarste om te gaan.

Met deze brief worden de volgende toezeggingen en moties afgedaan:
- De motie Den Haan/Kuzu[1], 7 juli 2022, om te onderzoeken hoe binnen de privacyregelgeving de gegevens van wachtenden door zorgaanbieders kunnen worden doorgegeven aan de zorgverzekeraars, zodat deze proactief aan wachtlijstbemiddeling kunnen gaan doen;
- de motie Bikker/Van den Hil[2], 20 oktober 2022, om de mogelijkheid uit te werken dat zorgverzekeraars wachtenden zo vroeg mogelijk in beeld krijgen en hen zelf mogen benaderen, zodat zij hun een alternatief aanbod kunnen doen;
- de motie Van der Plas[3], 22 maart 2023, over onderzoeken hoe tweedeling in toegankelijkheid van de zorg tot stand komt en hoe de regering deze tweedeling gaat verkleinen,

[1] Kamerstukken II 2021/22 29689 nr. 1156
[2] Kamerstukken II 2022/23 36200 XVI nr. 77
[3] Kamerstukken II 2022/23 29689 nr. 1187

- de motie Agema[4], 22 maart 2023, over gelijke toegang tot de zorg voor hogere en lagere inkomens,
- de toezegging tijdens het tweeminutendebat *zorggrens bereikt,* 12 april 2023, uw Kamer voor de zomer te informeren over de stand van zaken uitgestelde zorg en de rol van de zelfstandige klinieken[5],
- de toezegging tijdens het commissiedebat *Ontwikkelingen rondom het coronavirus/pandemische paraatheid,* 10 mei 2023, uw Kamer voor de zomer te informeren over de voortgang van de inhaalzorg/actieplannen[6], en
- de toezegging in het schriftelijk overleg over *het bereiken van de zorggrens*[7] om uw Kamer voor de zomer te informeren over de verkenning van de mogelijkheden om declaratiedata te verzamelen en benutten.

Daarnaast wordt u geïnformeerd over de voorgang van de volgende moties en toezegging:

- de motie van der Staaij cs[8], 20 oktober 2022, over handvatten voor zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers die helpen om casuïstiek in het hier en nu op te lossen, en de Kamer hierover voor het zomerreces 2023 te informeren,
- de motie Paulusma[9], van 15 december 2022, om een publiekscampagne te houden 'waarin de burger wordt meegenomen in hoe de zorg wordt vormgegeven en waarom' zijn onderdeel geworden van het gesprek, en
- de toezegging in het schriftelijk overleg met uw Kamer over de NZa-publicatie *Stand van de zorg 2022*[10]*,* u voor het zomerreces te informeren over de voortgang van het ontwikkelen van handvatten voor zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers om knelpunten in de toegang tot zorg op te lossen.

Zorg in transitie: *Nederland gezond, fit en veerkrachtig*

Nederlanders worden steeds ouder. Dat is een positieve ontwikkeling maar maakt ook steeds meer ondersteuning en zorg noodzakelijk. En er is ook meer, en meer ingewikkelde zorg mogelijk. Tegelijkertijd groeit het beroep op de zorg voor mentale gezondheid, door ouderen maar vooral ook door jongeren. Bovendien voelen mensen met een laag inkomen zich veel minder gezond en moeten ze vaker een beroep doen op zorg en ondersteuning. Als we niet méér doen voor onze gezondheid, worden de wachtlijsten langer en loopt de zorg vast. We moeten nu in actie komen, als we de zorg voor iedereen toegankelijk willen houden en de ondersteuning bieden die nodig is. Er zijn keuzes nodig in het zorgaanbod en de organisatie.

Simpelweg steeds meer mensen voor ondersteuning en zorg is geen haalbare oplossing. Nu al werkt 1 op 6 mensen in de zorg. Terwijl er bijvoorbeeld ook veel mensen nodig zijn voor goed onderwijs, woningbouw en veiligheid.

---

[4] Kamerstukken II 2022/23 29689 nr. 1182
[5] Reactie artikelen "Zorggrens bereikt" en "Zorgpremie voor velen molensteen" | Tweede Kamer der Staten-Generaal
[6] Conceptverslag Ontwikkelingen rondom het coronavirus/pandemische paraatheid | Tweede Kamer der Staten-Generaal
[7] Kamerstuk 31765-763
[8] Kamerstukken II 2022/23 36200-XVI nr. 88
[9] Kamerstukken II 2022/23 36200-XVI-186
[10] Kamerstukken II 2022/23 29 689 nr. 1180

De verschillende akkoorden en programma's, het Integraal Zorgakkoord (IZA), het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ), de Hervormingsagenda Jeugd en de Toekomstagenda gehandicaptenzorg, zijn er op gericht de ondersteuning en zorg toekomstbestendig te maken. Ook bij een toenemende vergrijzing en een niet groter wordend arbeidspotentieel. Wij hebben daarover met alle partijen goede afspraken gemaakt om de benodigde transformaties op te pakken en die uitvoering heeft de hoogste prioriteit.

We moeten allemaal hard werken aan een gezond, fit en veerkrachtig Nederland. Dat is een opgave voor de overheid, voor ons samen en voor ieder van ons persoonlijk. Om te beginnen moeten we goed zorgen voor onszelf. Met een gezonde manier van leven voel je je fitter en blijf je langer vitaal en kun je makkelijker en langer onder de mensen blijven en meedoen in de samenleving. Voorkomen is beter dan genezen. We moeten ook goed zorgen voor elkaar, door familie, vrienden of buren te helpen, en aandacht te geven aan mensen die zich eenzaam voelen of mentale problemen hebben. Wie dat doet, blijft zelf ook gezonder. Omkijken naar elkaar is onvervangbaar. En voor wie het nodig heeft, moet er altijd goede ondersteuning en zorg zijn, op de juiste plek en op het juiste moment. Vooral thuis met hulp van technologie, en verder weg als er ingewikkelde zorg nodig is.

Het is van belang dat de mensen in de samenleving meegenomen worden in deze transformaties. Welke transformaties zijn er gaande en hoe gaat de zorg in de toekomst georganiseerd worden? Welke veranderingen kan men verwachten? Hiervoor start ik een bewustwordingscampagne. Dit doen we door middel van publieksvoorlichting. Zo is er al een aantal video's gemaakt door de minister voor LZS en mijzelf, die verspreid zijn via onze sociale mediakanalen[11]. Ook geven we uitleg van deze transitie tijdens al onze werkbezoeken en blijven we het onderwerp aanstippen in media-optredens, speeches en publieke optredens.

(Sector)specifieke trajecten gericht op het toegankelijk houden van zorg in het 'hier en nu'

Ik realiseer me dat met genoemde akkoorden en programma's de transformaties niet van vandaag op morgen allemaal gerealiseerd zijn, en dat op dit moment in meerdere sectoren zorgaanbieders en zorginkopers geconfronteerd kunnen worden met ingewikkelde keuzes rondom de toegang tot zorg. Primair ligt de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg bij de zorgverzekeraars en zorgkantoren vanuit hun zorgplicht. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt hier toezicht op. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg door onderzoek van meldingen en op basis van risico-inschatting en signalen. In de risicoprioritering heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) daarbij bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen. De NZa en de IGJ hebben als externe toezichthouders een belangrijke signalerende rol betreffende

[11] Een explainer video "Hoe maken we de zorg klaar voor de toekomst", Ernst Kuipers – april 2023, een informatievideo spoedzorg "Spoedgeval? Zo kies je de juiste zorg", Ernst Kuipers – april 2023, een informatievideo "Anders organiseren ouderenzorg", Conny Helder – mei 2023

toegankelijkheid bij (plotselinge) schaarste van zorg. Daarnaast voer ik geregeld gesprekken met het zorgveld over onbenutte mogelijkheden en ervaren belemmeringen om toegang tot zorg te garanderen.

Toegankelijkheid medisch specialistische zorg (msz)

Een belangrijke opgave is het organiseren van planbare zorg in de msz. De NZa heeft tot nu – sinds de coronacrisis - maandelijks de monitor '*Toegankelijkheid van zorg'* uitgebracht. Omdat deze periode voorbij is, brengt de NZa de monitor vanaf nu drie keer per jaar uit en wordt op dit moment gekeken naar het verder ontwikkelen van de inhoud. Zo worden ook onnodige administratieve lasten voorkomen. De eerstvolgende monitor wordt eind juni verwacht.
Uit de meest recente monitor van 30 maart 2023 blijkt dat 62% van de ziekenhuizen de planbare zorg volledig leveren[12]. Bijna alle (96%) ziekenhuizen leveren de kritiek planbare zorg volledig binnen de norm van 6 weken. De werkvoorraad is ten opzichte van februari stabiel (-1%). De wachttijden laten een lichte daling zien.

De NZa is gestart met het vervolgonderzoek naar de proactiviteit van zorgverzekeraars ten aanzien van hun zorgplicht. Zij toetst het gedrag van de zorgverzekeraars daarbij aan concrete normen, zoals opgenomen in de *Handvatten zorgplicht*[13] en in de *Beleidsregel Toezichtskader zorgplicht*[14]. De verwachting is dat eind 2023 de eerste resultaten hiervan bekend worden. De omvang van dit onderzoek is niet beperkt tot alleen de wachttijden in de msz, maar betreft ook de geestelijke gezondheidszorg (ggz).
De NZa constateert ten aanzien van een aantal zorgplicht dossiers dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders met te lange wachtlijsten in gesprek zijn en projecten waar mogelijk naar voren hebben gehaald en ook op onderdelen financieel faciliteren. Ook constateert de NZa dat in de onderzochte casuïstiek binnen de ggz de zorgplicht niet is geschonden. Maar de algemene constatering is dat zorgverzekeraars te weinig proactief zijn waar het gaat om het aanpakken van knelpunten.

Op 14 februari 2023 heb ik richting de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) de afspraken[15] over de toegankelijkheid van de (planbare) msz zorg en het terugdringen van de wachttijden bevestigd en nogmaals onderstreept. Concreet betekent dit dat ziekenhuizen op individueel niveau met de zorgverzekeraar tot een actieplan moeten komen. In elk actieplan dienen duidelijke doelstellingen en een realistische tijdsplanning te zijn opgenomen. Daarnaast moet de situatie in de regio meegewogen worden en moet beschreven zijn waar beschikbare capaciteit in de regio ingezet kan worden. Spreiding en actieve overdracht van patiënten naar andere zorgaanbieders in de regio dient daarbij vanuit patiëntenbelang tot de mogelijkheden te behoren.

---

[12] NZa, monitor Toegankelijkheid van zorg, 30 maart 2023 Monitor Toegankelijkheid van Zorg - 30 maart 2023 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)
[13] De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)
[14] Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - TH/BR-025 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)
[15] Kamerstukken II 2022/23 29248, nr. 338

Volgens afspraak hadden medio april 2023 de actieplannen gereed moeten zijn. Deze deadline is niet gehaald. De NZa en IGJ hebben hierop actie ondernomen en hebben mij geïnformeerd dat de partijen meer tijd nodig hadden om tot een geschikt format voor de actieplannen te komen. Het format is inmiddels door alle partijen goedgekeurd en de actieplannen zijn in ontwikkeling. Het is nu de verwachting dat er op het eerste rapportagemoment, eind juni, nog geen rapportage van de impact van de acties mogelijk is. Dit is onwenselijk. Daarom heeft de NZa het dringende verzoek aan de branchepartijen gedaan om de actieplannen zo snel mogelijk af te (laten) ronden. Zij gaat hierover, gezamenlijk met de IGJ, in gesprek met partijen. De toezichthouders verwachten van de betreffende brancheorganisaties dat zij op tijd signaleren wanneer er geen actieplan tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar tot stand komt, zodat de toezichthouders kunnen interveniëren.

In juni, september en november 2023 worden de IGJ en NZa geïnformeerd over de uitvoering van de actieplannen, het nakomen van gemaakte afspraken en of de beoogde doelstellingen worden behaald. Indien na maximale inspanning van de zorgverzekeraar en zorgaanbieder blijkt dat de gemaakte afspraken niet zijn nagekomen en/of de beoogde doestellingen niet zijn behaald, dan dienen zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder de redenen hiervan concreet te onderbouwen. Op basis van de voortgangsrapportages van ZN beoordelen de IGJ en de NZa of een (gezamenlijke) interventie vereist is.

Zoals ik eerder heb aangegeven[16] is bij het organiseren van de (planbare) msz zorg aandacht voor de capaciteit van de zelfstandige behandelcentra (zbc's) en wordt van zorgverzekeraars verwacht dat zij dat aanbod ook meenemen in de contractering om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Daarom zijn zbc's ook betrokken bij de afspraken rondom de actieplannen, waarbij verwacht wordt dat de ziekenhuizen, zbc's én zorgverzekeraars samen werken om binnen de regio te kijken waar de patiënten het beste en snelst terecht kan. Ook in algemene zin zie ik hier een rol voor de zbc's: zij leveren planbare zorg en binnen de regio moet daarmee rekening gehouden worden. Hun beschikbare capaciteit moet benut worden. Ik zie ook dat zbc's en ziekenhuizen op veel plekken die samenwerking al opzoeken, bijvoorbeeld door OK-ruimte of personeel uit te wisselen, of door delen van een zorgpad over te nemen van het ziekenhuis. Daarnaast lijkt de patiënt de zbc's steeds beter te vinden: in vergelijking met voor corona leverden zbc's in februari 2023 zorg ver boven het productieniveau van 2019.[17]

Zorgcoördinatie acute zorg

Ook mijn voorstel voor de inrichting van zorgcoördinatie voor de acute zorg, waarover ik u met een brief van 12 mei 2023 heb geïnformeerd, is er op gericht de toegankelijkheid, in dit geval van de acute zorg, te borgen[18]. Zorgcoördinatie is een middel om de zorgvraag zo goed mogelijk op te vangen binnen de bestaande capaciteit, waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van inzicht in de capaciteit binnen de acute zorgketen in de regio. Daarmee ontlasten we bijvoorbeeld de huisarts, doordat deze minder tijd kwijt is aan het zoeken van de juiste

[16] Kamerstukken II 2022/23 29248 nr. 338
[17] NZa, Monitor Toegankelijkheid van Zorg, op basis van een schatting van de productiedata van een aantal kleinere en grotere zbc's in de eerste periode van het jaar vs 2019.
[18] Kamerstukken II 2022/23 29247 nr. 389.

zorgaanbieder die ook capaciteit beschikbaar heeft voor de patiënt. De verloskundige weet sneller in welk ziekenhuis zij met een bevallende vrouw terecht kan. De patiënt die beter af is met een eerstelijnsverblijf-bed, komt niet ten onrechte op de SEH terecht.

Toegankelijkheid van cruciale ggz

Een andere belangrijke opgave waar aan gewerkt wordt, is de toegankelijkheid van de ggz. De druk op de ggz is groot. Oplossingen liggen voor een deel binnen, maar ook voor een groot deel buiten de ggz. Er is sprake van een toenemende ggz-zorgvraag[19] en een grote schaarste aan personeel (als gevolg van arbeidsmarktkrapte[20] en hoog ziekteverzuim[21]). Dit vraagt om een aanpak die door het Trimbos Instituut worden omschreven als én, én, én: vernieuwing binnen de ggz, vernieuwing buiten de ggz en de stimulering van de onderliggende samenhang daartussen.[22] Vanuit het ministerie van VWS sturen we met het IZA, het GALA, de aanpak Mentale gezondheid van ons allemaal, het TAZ én de sectorspecifieke wachttijdmaatregelen op zo'n integrale aanpak.

In het IZA zijn verregaande afspraken gemaakt om de toegankelijkheid van de ggz te borgen. Zo is met partijen afgesproken dat het aanbod van cruciale ggz in Nederland in beeld wordt gebracht. Eind 2022 is een handreiking cruciale ggz vastgesteld, waarin onder andere een werkdefinitie van cruciale ggz staat opgenomen.[23] Momenteel brengt elke regio aan de hand van een inventarisatiemodel in beeld welk cruciaal ggz-aanbod er regionaal, bovenregionaal en landelijk beschikbaar is. Op basis van het overzicht van het aanbod van cruciale zorg en inzicht in de vraag naar cruciale ggz wordt bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. Deze uitkomsten worden door zorgverzekeraars besproken en betrokken bij hun inkoop van cruciale zorg.
Om onnodige instroom in de ggz te voorkomen zijn er in het IZA tevens afspraken gemaakt over het organiseren van mentale gezondheidscentra waarbinnen verkennende gesprekken gevoerd worden. Met een dergelijk verkennend gesprek wordt er vanuit verschillende hoeken naar een patiënt en zijn zorgvraag gekeken en zo bepaald of er daadwerkelijk ggz-zorg, ggz-zorg in combinatie met ondersteuning vanuit het sociaal domein of enkel ondersteuning vanuit het sociaal domein nodig is.

Oplossingen liggen niet alleen aan de aanbod- maar ook aan de vraagkant. Daarom hebben we in het IZA met partijen afgesproken dat er een regionale ggz-wachtlijst moet komen, waarmee de zorgvraag niet meer alleen per instelling, maar per regio centraal inzichtelijk wordt. Hierdoor kunnen wachttijden effectiever worden aangepakt. Ook hebben we afspraken gemaakt om te komen tot meer behandelcapaciteit, bijvoorbeeld door meer in te zetten op hybride zorg.

---

[19] Zie https://www.trimbos.nl/kennis/corona/mentale-gezondheid/ & Nemesis-3 - Trimbos-instituut
[20] Zie de onderzoekscijfersbinnen het programma ArbeidsmarktZorg en Welzijn van het CBS, 2023
[21] Zie de monitor Toegankelijkheid van Zorg d.d. 2 maart 2023 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_733507_22/1/)
[22] Zie AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf (trimbos.nl)
[23] Cruciale ggz is ggz die een hoge organisatiegraad heeft, waar een netwerk van samenhangende voorzieningen omheen georganiseerd moet zijn, waar sprake is van hoog complexe zorgvraag, waar schaarste in kennis of personeel op is en waarbij vaak slechts één of enkele aanbieders dat aanbod bieden in een zorgkantoorregio.

Voor de ggz zijn tevens concrete afspraken gemaakt met de sector over maatregelen om de toegankelijkheid van de ggz te vergroten. Zo werken we samen met ggz-aanbieders, zorgverzekeraars, patiënten, huisartsen en gemeenten in de Landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden aan maatregelen die op regionaal niveau op maat gemaakt en geïmplementeerd worden. Een voorbeeld hiervan zijn de transfermechanismen, waarbinnen verwijzers, aanbieders en financiers zich optimaal inspannen om mensen die (te) lang op de wachtlijst staan sneller aan zorg te helpen – bijvoorbeeld door cliënten te transfereren - en zo de wachttijden te verkorten. Vanuit het ministerie van VWS is tevens geld beschikbaar gesteld om de regionale aanpak van de wachttijden te verbeteren met zogenaamde 'versnellers': professionals die regio's beter helpen met het komen tot een zo goed mogelijke regionale aanpak van de wachttijden[24].

(Aanvullende) generieke maatregelen en handvatten

Aanvullend op de afspraken in de bestuurlijke akkoorden en de maatregelen rondom een aantal (sector)specifieke vraagstukken werk ik aan enkele generieke oplossingen en handvatten om de toegang tot zorg te borgen.

Actieve wachtlijstbemiddeling: inzicht in declaratiedata

Zoals aan uw Kamer toegezegd, is de afgelopen periode samen met betrokken partijen bezien of en hoe inzicht in declaratiedata van zorgverzekeraars en zorgkantoren – binnen de grenzen van de privacywetgeving – kan bijdragen aan belangrijke doelen zoals actieve wachtlijstbemiddeling en de juiste zorg op de juiste plaats c.q. passende zorg.

Op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren op persoonsniveau gegevens uitwisselen over de wachtstatus van cliënten. Zorgkantoren hebben deze persoonsgegevens nodig vanwege de zorgplicht en om te bemiddelen naar een geschikte plaats. Actieve bemiddeling vindt vooral plaats bij de mensen die de wachtstatus 'urgent plaatsen' hebben; zorgkantoren zoeken in elke specifieke situatie naar de beste oplossing. Daarbij hanteren de zorgkantoren een streefnorm die korter is dan de Treeknorm. Ook voor de mensen die status 'actief plaatsen' hebben bespreken de zorgkantoren met de zorgaanbieders hoe zij de wachtstatus (met bijhorende classificatie[25]) beter kunnen aangeven. Doel is om ook de wachttijd van de mensen met status 'actief plaatsen' verder te verkorten. Deze gegevens worden via iWlz (landelijke systematiek) verzameld en geanonimiseerd – en vervolgens verwerkt in een landelijke wachtlijstrapportage. Deze rapportage is niet tot personen herleidbaar en voor iedereen te raadplegen op: www.zorgcijfersdatabank.nl. Maandelijks wordt de wachtlijst geactualiseerd, waardoor de toegankelijkheid van de Wlz zorg goed te volgen is.

Actieve wachtlijstbemiddeling voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingewikkelder. Zorgverzekeraars beschikken weliswaar over declaratiedata van hun verzekerden voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, maar dit biedt geen uitkomst voor actieve wachtlijstbemiddeling in bijvoorbeeld de msz en ggz. Aan declaratiedata (lees: de rekening van de zorgaanbieder) is namelijk op zichzelf niet te zien of een verzekerde op zorg wacht. Los van dit praktische punt

---

[24] VWS heeft €4,4 miljoen beschikbaar gesteld waarvoor regio's aanvragen kunnen doen binnen het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz'.
[25] Wachtlijstinformatie Wlz | Zorgcijfersdatabank.nl

hebben zorgverzekeraars momenteel geen wettelijke grondslag om hun verzekerden gericht te benaderen op basis van declaratiedata. Mensen kunnen wel altijd zelf contact opnemen met hun zorgverzekeraar en vragen om bemiddeling, dan wel kan een zorgverlener dit doorgeven, mits sprake is van toestemming van de patiënt (in verband met het medisch beroepsgeheim). Zorgverzekeraars kunnen via Zorgdomein, na toestemming van de zorgaanbieder, actuele wachttijden inzien en op basis daarvan hun verzekerden adviseren. De NZa merkt in haar bericht van 13 oktober 2022[26] op dat zorgverzekeraars het proces rondom zorgbemiddeling goed organiseren en hun verzekerden actief op de mogelijkheid van zorgbemiddeling wijzen.

Het vereiste van voldoende (duidelijke) grondslagen geldt niet alleen voor wachtlijstbemiddeling, maar over de volle breedte voor het verkrijgen, (verder) verwerken en uitwisselen van declaratiedata. Het vergt verdere verkenning samen met alle betrokken partijen om scherp te krijgen wat er nodig is, kan en mag ten behoeve van verantwoord en toekomstbestendig secundair gebruik van declaratiedata. Daarbij wordt goed gekeken of bestaande grondslagen voldoende (duidelijk) zijn en of aanvullende/nieuwe grondslagen een optie zijn voor het secundair gebruik van declaratiedata dat kan bijdragen aan de juiste zorg(informatie) op de juiste plek c.q. passende zorg.

Financiële toegankelijkheid en voorkomen tweedeling in toegankelijkheid (monitoring)

Ten aanzien van de financiële toegankelijkheid van de zorg (motie Agema[27]), en het voorkomen van een tweedeling (motie Van der Plas[28]), merk ik op dat het Nederlandse zorgstelsel zich kenmerkt door een hoge mate van inkomens- en risicosolidariteit. Zorgverzekeraars mogen verzekerden met een slechtere gezondheid niet weigeren of aan hen een hogere premie vragen. In Nederland kan iedereen zich dus, ongeacht leeftijd of gezondheidsstatus, tegen dezelfde nominale premie voor de basisverzekering van de Zvw-verzekeren. Daarnaast is het zorgstelsel gebaseerd op inkomenssolidariteit, onder andere vanwege de inkomensafhankelijke bijdrage. Kortom: gezonde mensen en mensen met een hoger inkomen betalen mee aan de zorgkosten van mensen die chronisch ziek zijn of een lager inkomen hebben.

Om de zorg op individueel niveau betaalbaar en daarmee toegankelijk te houden zijn er bovendien verschillende maatregelen genomen door het kabinet. Zo is het eigen risico tot en met 2025 bevroren en is de eigen bijdrage onder het geneesmiddelenvergoedingssysteem ook in 2023 gemaximeerd. Ook wordt een monitor opgezet die de stapeling van eigen betalingen in kaart brengt en inzicht geeft in de mate van stapeling van eigen betalingen over verschillende domeinen heen. Verder geldt dat bepaalde zorgvormen, waaronder de huisartsenzorg, zijn uitgesloten van het eigen risico. Voor mensen met een lager inkomen bestaat de zorgtoeslag die hen compenseert voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico.

---

[26] NZa-bericht ‘Proactieve inspanning zorgverzekeraars noodzakelijk om wachtlijsten te verkorten’ https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/10/13/proactieve-inspanning-zorgverzekeraars-noodzakelijk-om-wachtlijsten-te-verkorten
[27] Kamerstukken II 2022/23 29689 nr. 1182
[28] Kamerstukken II 2022/23 29689 nr. 1187

Gegeven het bovenstaande zie ik op dit moment geen aanleiding om nu aanvullende maatregelen te nemen wat betreft borging van de financiële toegankelijkheid.

Kenmerk
3608523-1049410-PZO

Waar het gaat om onderzoek naar de toegankelijkheid in algemene zin, is gestart met de ontwikkeling van verschillende instrumenten:

- *Monitoring voortgang IZA*
  De afspraken in het IZA worden gemonitord op de effecten van alle inspanningen. Hierbij ligt de focus op wat alle inspanningen vanuit het IZA opleveren en in hoeverre de IZA-afspraken ons dichter bij gestelde (lange termijn-) doelen brengen op het gebied van de maatschappelijke doelen, kwaliteit en toegankelijkheid. Voor de monitoring zijn verschillende doelgroepen en beoogde resultaten gekozen. Eén van de specifiek benoemde doelgroepen zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- *Monitor toegankelijkheid NZa*
  Tijdens de coronacrisis heeft de NZa, de hierboven genoemde *monitor Toegankelijkheid van Zorg* ontwikkeld. De monitor voorzag in een informatiebehoefte over de toegankelijkheid van zorg in de crisissituatie. Op dit moment wordt nagedacht over een verdere ontwikkeling van deze monitor, met mogelijk nieuwe informatie en aspecten rondom toegankelijkheid.
- *Regiobeelden en regioplannen - IZA*
  In het IZA zijn afspraken gemaakt over het opstellen van regiobeelden en regioplannen. Het regiobeeld geef inzicht in enerzijds de capaciteit en prestaties van de gezondheidszorg in de regio en anderzijds de prognoses en ontwikkelingen in zorgbehoefte en andere relevante aspecten van inwoners. Op basis van deze regiobeelden bepalen de regionale zorgpartijen wat de belangrijkste opgaven in de regio zijn. Indien uit een regiobeeld naar voren komt dat bijvoorbeeld in bepaalde steden of wijken sprake is van beperkte toegankelijkheid tot zorg dan kan daar in een regioplan gericht actie op ondernomen worden. Zorgverzekeraars, zorgprofessionals, zorgaanbieders en gemeenten hebben daarbij een gedeelde verantwoordelijkheid, elk vanuit hun eigen rol. In januari 2023 is uw Kamer geïnformeerd over de criteria die IZA-partijen in gezamenlijkheid hebben gesteld aan de regiobeelden en -plannen[29]. Regionale partijen zijn op dit moment bezig met het opstellen of herijken van hun regiobeelden. Om regio's op weg te helpen bij het opstellen of actualiseren van de regiobeelden, biedt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verschillende databronnen aan per regio. Op basis hiervan ontstaat een basisbeeld per regio, dat verder aangevuld kan worden. Elke regio moet uiterlijk aan het einde van het tweede kwartaal van 2023 het regiobeeld herijkt dan wel opgesteld hebben. Vervolgens dienen op basis hiervan de regioplannen opgesteld te worden vóór 1 januari 2024.
- *ROAZ-beelden en -plannen – IZA*
  De aanbieders van acute zorg die betrokken zijn bij de acute zorgketen nemen deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), om in regionaal verband betere samenwerking binnen de acute zorg te bewerkstelligen en te waarborgen. In het IZA zijn afspraken gemaakt over ROAZ-plannen en -beelden. Elke ROAZ-regio stelt uiterlijk aan het einde

[29] Kamerstukken II 2022/23 31765 nr. 704

van het tweede kwartaal van 2023 een ROAZ-beeld op. Een ROAZ-beeld geeft ten minste inzicht in de regionale acute zorgvraag en het zorgaanbod, patiëntenstromen, de arbeidsmarkt en (10-jaars) prognoses. Op basis van onder andere het ROAZ-beeld stelt de regio vóór 1 januari 2024 een ROAZ-plan op, waarbij urgentie van de regionale knelpunten op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit leidend is.

- *Monitoring wachtlijst Wlz*
  Ook de wachtlijstrapportage Wlz, zoals hierboven beschreven, draagt bij aan het inzicht op de toegankelijkheid van de (Wlz-)zorg.

Ik verwacht dat deze instrumenten in gezamenlijkheid voldoende inzicht (gaan) verschaffen in de ontwikkeling van de toegankelijkheid van zorg.

Signalering NZa/IGJ: krapte in de zorg

Alle bovengenoemde inspanningen moeten de toegang tot zorg behouden dan wel verbeteren. In de signalering van de NZa/IGJ uit oktober 2022[30] werden situaties van schaarste geschetst waarmee het zorgveld op dit moment geconfronteerd wordt. Het gaat dan bijvoorbeeld om wachtlijsten voor de ggz, verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg; het noodgedwongen beperken van kraamzorg en thuiszorg. Ook zijn er huisartsenpraktijken die geen nieuwe patiënten meer aannemen, waardoor mensen zich niet kunnen inschrijven bij een huisarts. Dit maakt het lastiger om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te waarborgen en vraagt meer van alle partijen in de zorg.

Zoals in de beantwoording van het schriftelijk overleg van 17 februari 2023 over *de NZa-publicatie stand van de zorg 2022*[31] reeds is aangegeven, onderken ik dat dit soort situaties zich voordoen en onwenselijk zijn voor allen die hiermee geconfronteerd worden, patiënten/cliënten, zorgprofessionals en zorginkopers. Alle inspanningen moeten erop gericht zijn om dit soort situaties te voorkomen. Toch is het een realiteit waar we verantwoord mee om moeten gaan. Het beperken van mogelijke risico's voor patiënten als gevolg van dit soort situaties, staat daarbij centraal.

Laat ik voorop stellen dat het primair de verantwoordelijkheid van het zorgveld - zorginkopers en zorgaanbieders - is afspraken te maken over het zorgaanbod zodat zorg geleverd kan blijven worden aan een ieder die dat nodig heeft. Het is aan zorgverzekeraars en zorgkantoren, gelet op hun zorgplicht, om alles in het werk te stellen om problemen in de toegankelijkheid van zorg te voorkomen. De NZa houdt, zoals hierboven aangegeven, hier toezicht op. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. In de driehoek: zorgaanbieder, zorginkoper en toezichthouders blijkt vaak dat er nog mogelijkheden voorhanden zijn om de zorg (anders) te organiseren. Daar wordt continu het gesprek over gevoerd. Toch acht ik het, gelet op de signalering, van belang handvatten te ontwikkelen ter ondersteuning van het zorgveld om te zorgen dat er voor iedereen ook in bepaalde situaties van krapte zorg toegankelijk blijft, zodat niet elke keer het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden door het zorgveld, en duidelijk is wat er van hen verwacht wordt.

---

[30] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_724833_22/1/
[31] Kamerstukken II 2022/23 29689 nr. 1180

Kenmerk
3608523-1049410-PZO

In dat licht ben ik met de NZa aan het verkennen of de definitie van zorgplicht, zoals deze nu in de wet en (beleids-)regels terugkomt, scherper geformuleerd zou moeten worden. Daar waar zorgverzekeraars voorheen namelijk konden voldoen aan de zorgplicht door voor natura-verzekerden voldoende zorg in te kopen, gaat dit gezien de huidige schaarste niet altijd en overal meer zo gemakkelijk. Ik hecht er in dit kader waarde aan om nogmaals (zie ook de beantwoording van het schriftelijk overleg over het *bereiken van de zorggrens*[32]), te benadrukken dat ik niet voornemens ben de zorgplicht (deels) te laten verdwijnen.

Een onderdeel van de verkenning met de NZa is een (juridische) analyse van wat er binnen de huidige kaders van de wet en daarop gebaseerde regelgeving precies mogelijk is, ook in de huidige context. Ook het hierboven genoemde vervolgonderzoek van de NZa naar de mate van pro-activiteit van zorgverzekeraars ten aanzien van de zorgplicht, biedt mogelijkerwijs verder inzicht in de wijze waarop de zorgplicht in de toekomst verder gedefinieerd en gehandhaafd kan worden in de context van een steeds krapper wordende arbeidsmarktomstandigheden.

Daarnaast ben ik met de NZa en IGJ in gesprek over de wijze waarop we het zorgveld, vooruitlopend op de transities zoals hierboven geschetst, in het hier en nu nadere houvast kunnen bieden in hoe te handelen in geval van schaarste. In overleg met de NZa en IGJ ontwikkel ik voor nader te bepalen situaties een kader waarin voor alle partijen (zorgaanbieders, zorginkopers en toezichthouders) helder is welke stappen gezet kunnen en moeten worden om met elkaar ervoor te zorgen dat de zorg regionaal voldoende toegankelijk is en van adequate kwaliteit blijft. Dit kader wordt ook afgestemd met stakeholders. Daarbij wordt ook overwogen of een passend proces ontwikkeld moet worden voor de onverhoopte situatie dat conventionele oplossingen onvoldoende blijken in een bepaalde regio. In die overweging speelt ook de vraag of het nodig is om als voorzorgsmaatregel uitgangspunten op te stellen die het zorgveld kunnen helpen bij het maken van passende keuzes in die situatie. Daarbij merk ik nadrukkelijk op dat de inspanningen van alle hierboven genoemde akkoorden en programma's erop zijn gericht om te voorkomen dat de toegankelijkheid toch voor langere tijd in het geding lijkt komt. Een kader is nodig om houvast te bieden voor zorgaanbieders en zorginkopers en willekeur in keuzes te voorkomen om daarmee eventuele gezondheidsschade te minimaliseren. Het kader is in ontwikkeling en zal in de tweede helft van dit jaar gereed moeten komen. Ik zal uw Kamer hier uiteraard van op de hoogte houden.

Rechtvaardige keuzes bij langdurige schaarste in de zorg

Zoals eerder aangegeven, ben ik van mening dat alle inzet gericht moet zijn op het organiseren van toegang tot zorg, vóórdat we in de eventuele situatie van concessies terecht komen. Ik geloof ook dat daarin nog veel mogelijk is. Met de eerder in deze brief genoemde akkoorden en programma's zetten de minister voor LZS, de staatssecretaris van VWS en ik daar ook op in.

[32] Kamerstukken II 2022/23 31765 nr. 7633

Tegelijkertijd is het van belang deze concessies nu te doordenken, teneinde zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers handvatten te geven om in geval van langdurige schaarste te komen tot rechtvaardige keuzes, die op een heldere manier verantwoord kunnen worden aan alle groepen patiënten, acuut en niet - acuut, en de samenleving als geheel.

In de brief aan uw Kamer van 13 april 2023[33] heb ik u, mede namens de minister voor LZS, geïnformeerd over hoe het kabinet opvolging zal geven aan de oproep van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)[34] om – aanvullend op reeds ingezette inspanningen vanuit het zorgveld en het ministerie van VWS – hierover samen met partijen in het zorgveld en in de samenleving in gesprek te gaan. De complexiteit van het onderwerp vergt echter een zorgvuldige uitwerking, waardoor het niet mogelijk blijkt uw Kamer nog voor het zomerreces van een toelichting te voorzien. Zodra deze uitwerking heeft plaatsgevonden informeer ik uw Kamer nader.

Tot slot

De toegang tot zorg krijgt mijn blijvende aandacht. Op veel fronten worden door heel veel partijen uit het (zorg)veld grote inspanningen geleverd om de toegang tot zorg nu én in de toekomst te borgen voor eenieder die dat nodig heeft. In het najaar zal ik u opnieuw informeren over de voortgang zoals hierboven vermeld.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

[33] Kamerstukken II 2022/23 31765 nr. 773
[34] Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg | Signalement | CEG – Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Intermediary Foundation of the Universal Declaration of Human Rights

A A N T E K E N E N

Ministerie van Volksgezondheid,Welzijn en Sport

T.a.v. Zijne excellentie E.J. Kuipers Minister

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Betreft: het gezondheidszorgstelsel

Mierlo, 28 juni 2023

Zijne excellentie,

Personeel van verpleeghuizen in Nederland vergeet frequent medicatie of geeft verkeerde dosis wanneer de familie daar iets over zegt, worden ze door het bestuur van het verpleeghuis vaak weggezet als querulant of doorverwezen naar een klachtenregel die nadien niet objectief blijkt te zijn. De oorzaak berust vaak op communicatie problemen, die voor een belangrijk deel ook te wijten zijn aan communicatievaardigheden bij het verzorgend personeel. Men heeft te maken met kwetsbaarheid van teams, door uitval van een medewerker heeft dit onmiddellijk grote gevolgen voor de andere medewerkers. De gaten vaak opgevuld door onervaren krachten. Het personeel heeft hierdoor te maken met frustratie In het werk. Ook kunnen de communicatie problemen zich voordoen bij gebrek aan onderling afstemming tussen de leidinggevende en de medewerkers. De zorg mag niet steeds de sluitpost zijn in hulp aan ouderen en zieken. Klagen bij het IGZ blijkt ook niet te werken. Het is traag en als eens de inspectie verpleeghuizen bezoekt, is het “de slager die zijn eigen vlees keurt”. Dit manco dient te lijf te worden gegaan middels training en personeel met ervaring en een gedragen cultuuromslag binnen de verpleeghuizen in combinatie met ander beleid door de politiek in Den Haag.

De basis voor de overheidstaak op het gebied van de volksgezondheid ligt in internationale verdragen en in het bijzonder in artikel 22 lid 1 van de Grondwet: “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid’. In Nederland wordt gezondheidszorg niet door de overheid verstrekt (met uitzondering van de openbare gezondheidszorg) maar door private zorgaanbieders. De overheid is ‘systeemverantwoordelijk’, dat wil zeggen draagt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De kwaliteit van de daadwerkelijk geleverde zorg is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf; de overheid ziet erop toe dat deze aan bepaalde normen voldoet. Met dat toezicht is de IGZ belast. De IGZ maakt deel uit van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

Artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) dekt een breed scala aan rechten, waaronder rechten op voldoende voedsel, water, sanitaire voorzieningen, kleding, huisvesting en medische zorg, evenals sociale bescherming die situaties dekt waarover iemand geen controle heeft, zoals handicap, weduwschap, werkloosheid en ouderdom. Moeders en kinderen krijgen speciale zorg. In artikel 25 van die verklaring staat een aantal voorwaarden, aan welke

voorwaarden de Nederlandse Staat beloofd heeft zich te zullen houden. De huidige machthebbers zullen alles in het werk stellen om de status quo te handhaven, aangezien dat hun eigen belangen het meest dient. Speciaal de machtige syndicale machtsmonopolies brengen het publiek grote schade toe. Zij zijn dus bij voorbaat verdacht, omdat zij gebrandmerkt zijn als de in schaapsvel gehulde handhavers van een gewraakt maatschappelijk systeem. Het vraagstuk van en over de gezondheidszorg stond in 1994 “plan Simons” volop in de belangstelling,en dat is het in 2023 nog steeds.

De nationale en lokale gezondheidsvraagstukken blijven naast de algemene en partiële vraagstukken nog steeds onverminderd om een oplossing vragen. Aan dit laatste wordt jammerlijk genoeg niet altijd de hand gehouden. Er is een indrukwekkend bouwsel ontstaan waarvan de indeling uiterst ondoorzichtig is, “de lappendeken van de gezondheidszorg”. Deze ondoorzichtigheid is er in de loop der jaren niet minder om geworden, ondanks de vele pogingen daarin verheldering te brengen. Ook de sterk toegenomen kosten van de geneeskundige zorg en de gezondheidszorg met daarnaast de twijfel aan het feitelijk rendement ervan, zijn problemen van de eerste orde. De oplossing om te komen tot een betere afstemming van de onderlinge functies is soms een kwestie van beter management, soms van een ander beleid en bestuur en soms van een betere programmering en het stellen van duidelijke prioriteiten. Soms liggen deze problemen in de politieke sfeer of in financiële regelingen. De werkelijkheid is ook hier weer de pendante tegenstelling en laat ons zien dat oplossingen niet of niet tijdig worden uitgevoerd of soms niet aan de orde worden gesteld. In de redeneertrant van de visie van het volk wil dat zeggen dat de keuze van het in te zetten instrument voor de bevordering van de gezondheidszorg “onjuist”is.

ah-tk-20222023-2575 ISSN 0921 - 7398 's-Gravenhage 2023 Tweede Kamer der Staten-Generaal Vergaderjaar 2022-2023 Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden 2575 Aanhangsel van de Handelingen Antwoord van Minister Kuipers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 12 mei 2023).

Het medische systeem van A tot Z wordt gecontroleerd door financiële belangen van de farmaceutische industrie. Tal van patiëntenorganisaties,wetenschappelijke bladen,medische journaals,onderzoeken en opinieleiders worden gesponsord door de farmaceutische industrie om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden. De schijn van bonafiditeit door de Nederlandse overheid met de diverse rapporten over de gezondheidszorg fungeren als dekmantel

Onderzoek “Op onze gezondheid” de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg, door Raad voor Volksgezondheid & Samenleving,Publicatie 2023-03, ISBN: 978-90-5732-176-4.

voor roofzuchtige en door winstbejag gedreven misdadige praktijken. De gezondheidszorg gebaseerd op louter kosten baten analyse in een moderne maatschappij waar alleen consumptie en winstbejag telt, is het risico op economische euthanasie enorm. De sterke vergrijzing van de bevolking en een economische recessie in combinatie van crisis zouden deze tendens nog kunnen versterken.

(*) Kopie brief Hans J. Simons, 22 september 1993, kenmerk: BB-U-933723

IFUD of Human Rights
de Voorzitter
J.P. van den Wittenboer

Correspondence:Po.box 324, 5660AH Geldrop The Netherlands
Offices:Kastanje 28, 5731NK Mierlo The Netherlands
C.o.C.reg:41092925 Eindhoven N.L.
E-mail: ifudofhumanrights@yahoo.com
Internet: http://ifudofhumanrights.weebly.com
Phone:+31 -(0)6 50 425 552

Ministerie van WVC
Directoraat Generaal
van de Volksgezondheid

Postbus 3008
2280 MK Rijswijk
Telefoon (070) 340 79 11

W E L Z I J N V O L K S G E Z O N D H E I D E N C U L T U U R

De heer J.P. van den Wittenboer
Postbus 324
5660 AH GELDROP

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Rijswijk
BB-U-933723	J.Penninga	070-3407356	22 SEP. 1993
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Het gezondheidszorgstelsel			24 augustus 1993

Geachte heer Van den Wittenboer,

Uw brief van 24 augustus 1993 heb ik met belangstelling gelezen. In het bijzonder de resultaten van uw studie naar de tekortkomingen en de mogelijke verbeteringen in het huidige stelsel van gezondheidszorg trokken mijn aandacht. U geeft daarin blijk van uw grote betrokkenheid bij dit onderwerp.

Zoals u weet is ook het beleid van het kabinet erop gericht om verbetering te brengen in het functioneren van het stelsel van gezondheidszorg. Dat is echter niet iets dat door de politiek alleen gedaan kan worden; alle burgers zijn daarbij partij. Ik vind het dan ook noodzakelijk dat ook burgers daarin actief en kritisch meedenken. Bijdragen zoals van u - ook al zijn ze kritisch van toon - zijn dan ook altijd welkom ten behoeve van de verdere ontwikkeling en toetsing van het beleid.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

Hans J. Simons